Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität zu Kiel.

Ueber Chorea minor und ihre psychischen Störungen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Friedrich Teudeloff,

approbierter Arzt aus Harburg (Elbe).

Winsen a. d. Luhe 1919.

Druck von Gebr. Ravens.

Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität zu Kiel.

Ueber Chorea minor und ihre psychischen Störungen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Friedrich Teudeloff,

approbierter Arzt aus Harburg (Elbe).

Winsen a. d. Luhe 1919.

Druck von Gebr. Ravens.

Meinen Eltern
aus Dankbarkeit gewidmet.

No. 41.
Rektoratsjahr 1919/20
Referent: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. **Siemerling.**
Zum Druck genehmigt:
Geh. Medizinalrat Prof. Dr. **Heine,**
z. Z. Dekan.

Mit dem Namen Chorea belegte die medizinische Wissenschaft bis ins 18. Jahrhundert eine Reihe von Krankheiten, die alle mit unwillkürlich zuckenden, regellosen Bewegungen des Körpers, wie sie bei der Paralysis agitans, bei der Hysterie und der Epilepsie zu beobachten sind, einhergehen. Da grenzte der englische Arzt Sydenham als erster die Chorea minor seu Anglorum von diesem Sammelbegriff ab, und unterschied sie deutlich von der Chorea major seu Germanorum, unserer heutigen Hysterie.

Im Jahre 1872 stellte dann Huntington der Chorea minor die Chorea heriditaria progressiva degenerativa als eine besondere Krankheitsform sui generis gegenüber. Diese Erkrankung ist gegenüber der Chorea minor erblich, und tritt erst im mittleren Alter auf, während die Chorea major hauptsächlich das Kindesalter bis zur Pubertätszeit bevorzugt und ausserdem bei Frauen häufig in der Schwangerschaft, besonders bei jugendlichen Erstgebärenden und bei ausserehelich Geschwängerten als „Chorea gravidarum“ vorkommt.

Wie Cramer angibt, fehlt bei der Chorea heriditaria propressiva degenerativa jede Grundlage für die Annahme einer einwandsfrei sicheren infektiösen Ätiologie, während er bei der Chorea minor eine rein funktionelle hysterische Form, z. B. die Chorea imitatoria, sive Hysterien und eine, durch eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems bedingte Form auf infektiöser Grundlage unterscheidet. Vor allem aber geht die Huntingtonsche degenerative Chorea stets mit schweren psychischen Erscheinungen, die fast immer progressiver Natur sind und allmählich bis zur völligen Verblödung führen, einher, während bei der Sydenhamschen Chorea die psychischen Störungen zwar durchaus nicht fehlen, aber doch nicht so schwere Formen anzunehmen pflegen und sich fast stets wieder zurückbilden.

Hierzu bemerkt „Bonnhöfer“: „Am häufigsten sind bei der Chorea minor die Erkrankungen, in denen die psychische

Störung nicht über Affektanomalien und psychische Hyperästhesie hinausgeht. Diese können dem Ausbruch der Chorea vorausgehen, oder sie entwickeln sich gleichzeitig mit der Motilitätsstörung".

Inwieweit sich seine Anschauung, dass der choreatischen Bewegungsstörung eine zentripetale, durch Läsion der Kleinhirn-Bindearmbahn (resp. ihrer Fortsetzung in die subcorticalen Ganglien) bedingte Funktionsstörung zugrunde liege, auf die infektiöse Chorea angewendet werden könne, lässt sich vorderhand nicht entscheiden.

Man fasst heute die Chorea minor fast allgemein als eine Erkrankung des Zentralnervensystems auf, die auf infektiösem Wege entstanden ist. So wird sie besonders häufig beobachtet im Anschluss an eine Polyarthritis acuta oder an eine mit der Polyarthritis acquirierten Endocarditis.

Auch im Gefolge vieler anderen Infektionskrankheiten ist sie des öfteren beobachtet worden, so nach Influenza, Morbilli, Diphterie, Scarlatina, Variola und Varicellen, Typhus, Otitis media, ferner nach irgendwelchen septischen Wundinfektionen, Pyämien und schliesslich im Puerperium. Ferner spricht für die infektiöse Natur der Chorea minor ihr gehäuftes Vorkommen in den Erkältungsmonaten und ihr öfters bemerktes Auftreten von fast epidemieartigem Charakter besonders in den wirtschaftlich und sozial weniger günstig gestellten ärmeren Bevölkerungsschichten, die in nicht immer hygienisch einwandsfreien Verhältnissen zu leben gezwungen sind.

Die Chorea minor ist eine akut oder subakut auftretende Krankheit, die hauptsächlich bei Kindern, und zwar selten in den ersten 5 Jahren, meistens aber zwischen dem 5. und 25. Lebensjahre auftritt; vornehmlich wird das weibliche Geschlecht befallen und zwar verhält sich die Häufigkeit der Erkrankungen beim weiblichen Geschlecht gegenüber der beim männlichen nach der einen Angabe wie 3 : 1, nach einer anderen Angabe wie 2 : 1. Die meisten der heutigen Autoren reihen die Chorea minor unter die Neurosen, also unter diejenigen Erkrankungen des Zentralnervensystems, für die eine sichere anatomische Veränderung bisher noch nicht nachzuweisen war.

Das eigentliche Krankheitsbild der Chorea bietet viele Variationen. Die Podromalsymptome bestehen vornehmlich in labilen Gemütszuständen, in Launenhaftigkeit und Schreckhaftigkeit. Die Kranken zeigen sich leicht aufgeregt, sind jähzornig, aufbrausend, weinerlich, jedoch mit plötzlichem Stimmungsumschlag; sie werden dann vergesslich, zerstreut, gleichgültig und stumpf; man vermisst bei ihnen jede Lust zu irgend welchen Beschäftigungen, jede Arbeitsfreudigkeit fehlt ihnen, sie benehmen sich gelegentlich albern und unberechenbar.

Hinzukommen nun die am meisten charakteristischen Merkmale der Chorea, es sind dies die Störungen der Motilität. Sie äussern sich als Spontanbewegungen und Koordinationsstörungen. Es zeigt sich deutlich Muskelirritation; eigentümliche, unwillkürliche, zuckende, schleudernde, nicht unterdrückbare, mangelhaft koordinierte Bewegungen treten regellos bald in diesem, bald in jenem Muskelgebiet auf, und zwar mit Vorliebe an der Muskulatur der Extremitäten und des Rumpfes; stets ist auch die Gesichtmuskulatur mit beteiligt. Durch Affekte und Willensintention sind diese unkoordinierten Bewegungen meist gesteigert, im Schlafe hören sie hingegen auf. Auch Sprachstörungen und Beschränktsein der Erscheinungen auf eine Körperhälfte (Hemichorea) gehören gelegentlich zum Krankheitsbilde.

Was nun die psychischen Störungen bei der Chorea minor anlangt, so betreffen sie vorzugsweise die gemütliche Sphäre und sind, wenn sie die Höhe einer ausgesprochenen Psychose erreichen, meist typische Intoxikationsdelirien vorübergehender Natur. Diese psychischen Störungen sind von so wechselnder Art, dass man in der Literatur Fälle beschrieben findet, bei denen bald von deliranten, bald von stupurösen, bald von hysterischen, dann auch von maniakalischen und auch von manieartigen Zuständen bei der Psychose der Chorea minor die Rede ist.

Die Ansichten über die Häufigkeit und die Art der Einteilung der Psychose bei Chorea minor gehen auseinander, jedoch findet man bei fast allen Choreakranken mehr oder weniger deutlich ausgeprägte psychische Veränderungen; man findet leichte Erschöpfbarkeit und deutliche Abnahme der

geistigen Leistungsfähigkeit; es zeigen sich Depressionszustände, Zustände halluzinatorischer Verwirrtheit, vergesellschaftet häufig mit paranoischen Zustandsbildern.

Die Einteilung der erwähnten Geistesstörungen bei der Chorea minor nach Marce besteht aus folgenden 4 Gruppen:

I. Störungen des moralischen Gefühles:
Reizbarkeit, Stimmungswechsel, Extravaganzen, Sucht zu lügen.

II. Intellektuelle Störungen:
Gedächtnisschwäche, Unaufmerksamkeit, Ideenflucht; immer jedoch gemeinsam in Verbindung mit I.

III. Halluzinationen (besonders des Gesichtes, aber auch des Gehörs.)

IV. Manie.

Nach Siemerling bleibt auch nach Ablauf der Bewegungsstörungen oft eine gewisse Schwäche des Gedächtnisses und des Auffassungsvermögens zurück.

Runge gibt folgende Einteilung der bei Chorea minor vorkommenden leichteren psychischen Störungen.

I. Stimmungsanomalien:
labile Stimmung, Neigung zum Weinen; nach Kleist auch gehobene Stimmung, zum Teil mit Neigung zu Zorneffekten. In Verbindung damit steht die erhöhte Reizbarkeit und Empfindlichkeit, die Schreckhaftigkeit, kurz die übermäßige Reaktion auf äußere Reize.

II. Zeichen der erhöhten zerebralen Erschöpfbarkeit:
Geringe Leistungsfähigkeit, Gedächtnisschwäche, herabgesetzte Merkfähigkeit, Mangel an Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit, Zerstreutheit. Deshalb erscheinen auch wohl einige Choreakranke apathisch, stumpf, gleichgültig und interesselos.

Möbius bestreitet das häufige Auftreten von Choreapsychosen und stellt folgende drei Sätze auf:

I. Die Chorea Sydenham ist eine durch Infektion entstehende Krankheit.

II. Die seltene Choreapsychose besteht gleich allen toxischen Delirien in einem traumhaften Zustande, der sich durch Verwirrung mehrerer Sinne, Wahngedanken und Aufregung, kundgibt.

III. Die Chorea kann den verschiedenen Formen des Irreseins der Entarteten als Gelegenheitsursache dienen und andererseits kommen besonders bei jugendlich Entarteten hysterische und manieartige Zustände vor, zu deren Symptomen typische Choreabewegungen gehören.

Mit dieser Ansicht von Möbius deckt sich die von Krafft-Ebing, der ebenfalls das relativ seltene Vorkommen von wirklichen Geistesstörungen bei Chorea minor betont. Er hat für die vorkommenden geistigen Störungen folgendes Schema aufgestellt:

I. Elementare psychische Störungen:
Erregbarkeit, Reizbarkeit, launenhaftes Wesen, Schreckhaftigkeit, flüchtige Gesichtstäuschungen und schreckhafte Träume.

II. Flüchtige und leichte Fieberdelirien.

III. Psychische Erschöpfungszustände in Gestalt von Vergesslichkeit, erschwertem Denken, Zerstreutheit, Gleichgültigkeit, Verwirrtheit, gesteigerte Beweglichkeit, mangelhafte Nahrungsaufnahme und Fieber.

Bei den eigentlichen Psychosen will er unterschieden haben:

I. Eigentliche Geisteskrankheiten, aus gleicher Infektionsquelle, dem Choreabilde zugesellt als einfache oder auch halluzinatorische Verwirrtheit bis zu Stupor und Blödsinn.

II. Komplizierende Psychosen aus demselben psychischen Trauma oder selbständig entstanden.

Aus obigen verschiedenen Angaben und Meinungen lässt sich meines Erachtens nach ein einwandfreier kausaler Zusammenhang zwischen Chorea und der choreatischen Psychose zwar nicht als absolut sichere Tatsache konstruieren, aber man muss doch zugeben, dass bei Choreakranken irgendwelche gewisse äussere und innere Bedingungen als auslösendes Moment für das Zustandekommen einer Psychose anzuerkennen sind.

Unter „äusseren“ Bedingungen verstehe ich einerseits die ungünstigen sozialen Verhältnisse, die ja, wie wir oben gesehen

haben, in mehrerer Hinsicht das Zustandekommen der Choreaerkrankungen begünstigen, andererseits aber auch die unvernünftige Erziehungsweise von Seiten der Eltern, besonders von nervös-choreatisch erkrankten Kindern, durch die eine Verschlimmerung der Chorea und somit auch eine günstigere Grundlage für das Auftreten der Psychose geschaffen wird.

Unter „innerer" Bedingungen verstehe ich einmal eine bereits vor Beginn der eigentlichen Choreaerkrankung bestehende nervöse Disposition, zu der neben so häufigen Labilität des Nervensystems bei diesen Kranken eine gewisse geistige Minderwertigkeit tritt, die garnicht einmal so sehr erheblichen Grades zu sein braucht, und sich eventuell nur durch ein erschwertes Auffassungsvermögen und durch eine gewisse Gedächtnisschwäche dokumentiert, andererseits aber auch eine heriditäre Belastung, die sich unter Umständen erst durch den Eintritt der Psychose bei der Chorea zeigt und sich manifestiert. Gerade Nervenkrankheiten in irgend einer Form bei den Eltern oder deren Geschwistern oder auch Potatorium das Vaters lassen sich häufig nachweisen. Aber vor allem begünstigen auch wie oben bereits gesagt, irgendwelche den Körper schwächende vorausgegangene Krankheiten das Auftreten dieser geistigen Störungen im Verlauf der Chorea minor.

Im Anschluss an diese Ausführungen möchte ich einige mir von Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling güstigst überlassene Fälle von Chorea minor mitteilen, die sämtlich in der Kieler Psychatischen- und Nervenklinik zur Aufnahme kamen.

Fall I.

Martha L . . . ., 18 Jahre alt.
Stand: Haustochter.
Aufnahme: 18. Juni 1917.
Exitusletalis: 26. Juni 1917.
Diagnose: Chorea minor + Endocarditis.

Krankengeschichte.

Anamnese (abgegeben von der Mutter am 18. Juni 1917): Es besteht keine Blutsverwandtschaft der Eltern. Vater ist Fuhrmann und gesund. Mutter leidet an Nervenschwäche. Ein Bruder †, verunglückt. Ein Bruder Kinderlähmung mit

einem halben Jahr. Fünf gesunde Geschwister. Patientin ist normal geboren als 4. Kind und ist normal entwickelt. Als Kind Masern, war immer sehr schwach, besonders in den ersten Jahren. Erste Menses mit 14 Jahren, zuerst unregelmässig, letzte Menses seit gestern. In der Schule mässig gelernt; ist immer sehr lebhaft, leicht aufgeregt. Nach der Konfirmation zwei Jahre in Hamburg, dort vier Stellen als Dienstmädchen, war dann zu Hause. 14 Tage vor Ostern 1917 Gelenkrheumatismus, 13 Wochen gelegen, dann Besserung, ging schon wieder spazieren. Seit 9. Juni Zuckungen in allen Gliedern und im Gesicht. Sprechen fiel schwer, konnte nicht ordentlich essen, Schlucken erschwert, konnte nicht ordentlich gehen und stehen, nur wenn sie gestützt wurde. Seit einigen Tagen zunehmende Verschlimmerung; wurde gestern aufgeregt, kam aus dem Bett, schlug um sich; geschrieen und geweint: „Stich mich doch tot". Habe dann viel vor sich hingemurmelt, was die Mutter jedoch nicht habe verstehen können. Sie habe wohl gedacht, es wollte ihr jemand etwas tun. Nach 1/4 Stunde kam sie dann wieder zur Besinnung, wusste nichts von dem, was geschehen war, war nachher ruhig.

18. Juni 1917 Aufnahme. Wird von der Mutter gebracht, ist ruhig, geordnet und klar. Grösse: 1,59 m. Gewicht: 48,5 kg. Temperatur: 37,9. Die anamnistischen Angaben wie oben; könne garnicht schlafen, schlage auch Nachts immer umher, seit Sonnabend nicht mehr. Die Zuckungen habe sie nach einer Aufregung bekommen; hatte eine Frau, die sehr viel Seife hatte, um ein kleines Stück gebeten, diese habe es ihr sehr unfreundlich abgeschlagen. Gestern sei sie so weit weggewesen, die andern hätten gesagt, sie habe geschrieen, sie selbst wisse nichts davon. Nachdem der Gelenkrheumatismus etwas besser geworden war, konnte sie wieder gehen, aber noch nicht wieder arbeiten. Der Doktor habe gesagt, sie solle sich ein bischen anstrengen, habe aber immer alles fallen lassen. Patientin ist sehr lebhaft, merkt auf alle Vorgänge im Saal und spricht davon, sie ist sonst ruhig, geordnet und klar.

(Welche Stadt hier?) . . . . „Kiel".

(Welches Haus hier?) . . . . „Weiss ich nicht". Dann „Krankenhaus, Nervenkrankenhaus".

Zeitlich orientiert.

Patientin ist kräftig gebaut, in leidlich gutem Ernährungszustande. Schädel auf Druck angeblich empfindlich. Hinter demOhr beiderseits Druckempfindlichkeit.

Pupillen: untermittelweit, gleichweit, rund, reagieren prompt auf Lichteinfall und Konvergenz.

R/L +
R/C +

A. B.: frei, kein Nystagmus, kein Tremor, kein Lidzittern.

VII: symetrisch.
Zuckungen der Mund- und Augenmuskulatur beiderseits. Wirft häufig den Kopf hin uud her.

XII: gerade. Die Zunge wird sehr schnell wieder zurückgezogen, belegt. Bei allen unwillkürchen Bewegungen starke Mitbewegung.

Gaumen: o. B,

Rachenreflex: +

Sprache: etwas erschwert, beim Versuch zu sprechen Mitbewegungen.

Refl. o. E.

Vasomotorisches Nachröten + +

Unwillkürliche Bewegungen der Arme und Hände.

Sensibilität: o. B. Hyperalgesie.

Abdom. Refl.: ⊙

Patell. Refl.: +

Achillessehnenrefl.: nicht auszulösen.

Babinski: ⊙

Romberg: ⊙

Gang etwas schwankend infolge der Zuckungen. Unwillkürliche Bewegungen der Beine.

Innere Organe: Cor. Systolisches Geräusch über der der Spitze. Grenzen nicht verbreitet.

Pulm.: o. B.

20. Juni 1917. Augenbefund von Prof. O.
r. Pupille o. B.
l. Pupille zur Zeit nicht zu untersuchen.

Urin: E —.
Sach.: —.
Reaktion: sauer.

Am Abend des Aufnahmetages ist Patientin sehr erregt, glaubte, als ihr das Schlafmittel gegeben wurde, man wolle sie vergiften; schrie laut auf, musste nach B III. verlegt werden. Wollte nicht dort bleiben; fürchtete, sie müsse sterben. Beruhigt sich auf Zuspruch etwas. Fragte dann in lebhafter, aufgeregter Weise nach den Mitpatientinnen im Saal, wollte alles mögliche über sie wissen, auch über ihre Krankheit. Wurde später ruhiger.

18. Juni 1917. Pockenimpfung, täglich 20 Minuten Bad. Sol. Fowleri.

20. Juni. Zuckungen weniger stark, aber grosse psychische Erregungen. Bekam in der Nacht plötzlich einen schweren Erregungszustand, der einige Tage anhält. Herztätigkeit stark beschleunigt.

23. Juni 1917. Sehr ruhig, reagiert kaum auf Anrede. Puls sehr beschleunigt und zuweilen schwach. Die Zuckungen haben ganz aufgehört, Augen meist halb geschlossen.

24. Juni 1917. Puls morgens: 116, abends 136. Status psychicus unverändert.

26. Juni 1917. Puls 133. Stündlich Kampferinjektion, abends 10½ Uhr Exitus.

Es handelt sich im vorliegenden Falle um eine Chorea minor bei einem 18jährigen, kräftig gebauten Mädchen, das von Mutters Seite her gering heriditär belastet ist. Aber als ganz besonders belastendes Moment für das Zustandekommen dieser schweren Chorea minor ist wohl der vor kurzem überstandene Gelenkrheumatismus anzusehen mit der daraus hervorgegangenen Endocarditis. Patientin hat ca. ¼ Jahr vor Ausbruch der jetzigen Krankheit 13 Wochen mit einer starken Schwellung fast sämtlicher Gelenke und grosser Schmerzhaftigkeit das Bett hüten müssen. Da nun die klinische Untersuchung schwere krankhafte Erscheinungen des Herzens feststellte, die ja schliesslich zum Exitus führten, so haben wir es hier mit einem Krankheitsfall zu tun, bei dem eine Polyarthritic acuta eine Endocarditis mit einer Chorea minor verursacht hat. Für die infektiöse Natur der Chorea minor ist also der vorliegende Fall geradezu ein typisches Beispiel. Der

Schwere der infektiösen Erscheinung der vorliegenden Krankheit entspricht mehr oder weniger auch die Störung auf geistigem Gebiete. Wir haben es hier ausser nur mit Stimmungsanomalien auch schon mit einer Bewusstseinstrübung, wenn auch teilweise nur vorübergehender Art, zu tun, die aber, wie der Angstzustand und das Ausstossen von Schreien beweist, mit verwirrten Aufregungszuständen und Delirien einhergeht.

Im Anschluss an diesen I. Fall möchte ich gleich noch einen Fall mitteilen, der ebenfalls eine Polyarthritis acuta als prädisponierendes oder gar als auslösendes Moment für das Zustandekommen der Chorea minor aufweist.

Fall II.

Olga Str . . . ., 20 Jahre.
Stand: Dienstmädchen.
Aufnahme: 1. April 1916.
Entlassung: 9. Mai 1916.
Diagnose: Pelyarthritis acuta + Chorea minor.

Krankengeschichte.

Anamnese (abgegeben von der Mutter am 1. April 1916): Patientin ist das zweite von fünf Kindern; Geburt war normal. Als Kind Masern und Keuchhusten. Mit 14 Jahren schon einmal Veitstanz. Patientin hat in der Schule gut gelernt, sei bis zur ersten Klasse gekommen. Niemals Krämpfe, Bettnässen oder Ohnmachtsanfälle. Half nach der Schulzeit zu Hause im Haushalt. Während des Krieges in Stellung, fünf Monate in einer, dann noch einmal kurze Zeit bis Januar 1916.

Erkrankte dann an Gelenkrheumatismus, lag nur 14 Tage; wurde dann nach vierzehn Tagen abermals krank, am 10. März. Klagte über Atemnot, besonders abends oft Herzangst und Schmerzen in der Brust. Lag bis jetzt zu Hause. Menses regelmässig.

Die anderen Geschwister sind gesund. Keine Heredität.

Seit einiger Zeit hat Patientin viel Beschwerden beim Schlucken, kann nicht sprechen. Seit sechs Tagen keinen Stuhlgang. Sei zuletzt, als sie noch sprach, wohl verwirrt gewesen, sprach durcheinander, sah Gestalten hinter dem Ofenschirm.

Status am 1. April 1916.

Patientin wird nachmittags von den Eltern gebracht;

sie ist stark benommen. Dauerndes choreatisches Zucken des ganzen Körpers. Schluckende Würgbewegungen, schleudernde Bewegungen der Extremitäten. Starke motorische Unruhe. Wälzt sich im Bett umher, droht herauszufallen, stöhnt und schreit ab und zu. Reagiert weder auf Anruf noch auf Beklopfen des Schädels.

Pupillen etwas unter mittelweit, gleichweit, ziemlich rund.
R./L. beiderseits + prompt.
R./C. nicht zu prüfen.
Nervus facialis: scheinbar symetrisch.
Nervus hypoglossus: Zunge wird auf Aufforderung wenig vorgestreckt. Zuckt ebenfalls.
Rachen: Inspektion nicht möglich.
Reflexe: o. E. +
Patellarreflex: +, vielleicht links etwas lebhafter als rechts.
Zehenbewegung: beiderseits plantarwärts.
Auf Nadelstiche keine Reaktion, nur auf solche ins Nasenseptum heftige Abwehrbewegungen.
Puls ca. 120 p. m. ausgesprochen und fühlbar dicrot, hoch und schnellend.
Cor.: deutlich systolisches Geräusch an der Spitze.
Pulmones: wegen Unruhe der Patientin nicht zu untersuchen.
Urin: Albumen: +. Essbach ca. 20%.
Sacharum: —. Sediment:
Cylinder: +. Epithelien: +.

2. April 1916.
Heute morgen weniger benommen, schluchzt, weint, stöhnt. Unkoordinierte Bewegungen der unteren und oberen Extremitäten. Hat etwas Milch getrunken, verschluckt sich leicht. Nasale Stimme.

6. April 1916.
Pupillen sehr weit. Rechts grösser als links.
R./L. erloschen.
R./Conj. } sehr stark herabgesetzt.
R./Corneal. }
Patientin ist sehr benommen, stöhnt.

7. April 1916.
Benommenheit hält an, Schlucken erschwert. Im Ganzen bewegt sie den linken Arm mehr als den rechten, zeitweilig auch beide. Im Gesicht und an den Füssen sieht man wiederholt choreatische Zuckungen, öfters Stöhnen, keine sprachlichen Laute.
Pupillen weit, reagieren prompt auf Lichteinfall.
Patellarreflex: bdsts. sehr lebhaft,
Fussohlenreflex: sehr gesteigert.
Zehen plantarwärts.
Urin: Album: +. Essbach 12%.
Sacharum: —.
Sediment: +. Cylinder: +.

8. April 1916.
Noch stark benommen, schluckt nicht, nässt ein, unsauber, Sondenfütterung durch den Mund, da Nase für die Sonde nicht durchgängig ist.
Augenbefund des Professors O.
Linke Pupille anscheinend o. B. Wegen dauernder Unruhe nicht genau zu untersuchen.

9. April 1916.
Hat getrunken und etwas gegessen, im Ganzen etwas weniger benommen.
Puls sehr labil; unregelmässig, meist ziemlich frequent
Mässiges Fieber.
Jetzt choreatische Zuckungen in allen Extremitäten, Gesichtmuskulatur und Augenmuskulatur ebenfalls beteiligt.

14. April 1916.
Psychisch ziemlich klar. Spricht undeutlich, aber dem Sinn nach ganz vernünftig. Schluckt flüssige Speisen. Lebhafte choreatische Bewegungen. Nachts unruhig.

19. April 1916.
Verlegt nach dem Wachsaal. Redet ziemlich viel und wühlt noch im Bett, verhält sich aber sonst ruhig. Puls noch sehr labil. Systolisches Geräusch an der Spitze.

26. April 1916.
Patientin im Ganzen etwas ruhiger, schläft viel. Steht

einige Stunden auf. Gang noch ziemlich unsicher. Keine choreatischen Zuckungen mehr.

4. Mai 1916.

Patientin steht auf. Subjektives Wohlbefinden. Puls noch labil, sonst somatisch o. B. Kein Albumen mehr im Urin.

9. Mai 1916.

Patientin wird geheilt entlassen. Schonung empfohlen.

Epikrise.

Auch dieser Fall spricht in seiner Aetiologie für die infektiöse Natur der Chorea minor nach dem kurz vorher überstandenem Gelenkrheumatismus mit der leicht endocarditischen Beteiligung des Herzens. Auch hier sind schwere psychische Störungen aufgetreten, die sich bis zu fieberartigen Delirien, ja sogar bis zum komatösen Zustande ausbreiteten. Aber schon nach relativ kurzer Zeit, nach vierwöchentlicher Krankheitsdauer, sehen wir alle schweren psychischen Störungen abklingen und sogar völlig schwinden, sodass die Patientin als von der Chorea geheilt entlassen werden kann.

Fall III.

Frieda Fr . . . ., 11 Jahre alt.
Stand: Kaufmannstochter.
Aufnahme: 26. Januar 1917.
Entlassen: 12. März 1917.
Diagnose: Chorea minor. Enuresis nocturna + Imbicilität.

Krankengeschichte:

Anamnese (abgegeben von der Mutter am 26. Januar 1917): Keine Verwandtenehe der Eltern. Tante des Vaters der Patientin sei geisteskrank. Grossvater väterlicherseits hatte getrunken. Keine Geschlechtskrankheiten in der Familie. Mutter der Patientin ist seit 5 Jahren von ihrem Ehemann geshieden, verdient für sich und ihre Kinder auf der Werft ihren Unterhalt. Patientin ist ehelich geboren, ist das Aelteste von zwei Geschwistern. Eine Schwester von 9 Jahren lebt, ist gesund. Die Mutter hatte kurz vor der Geburt ihres ersten Kindes eine schwere Nierenentzündung durchzumachen, darauf folgte eine sehr schwere Entbindung (jedoch ohne Zange). Patientin hat mit 1¼ Jahren laufen und zu gleicher Zeit sprechen ge-

lernt. Hatte mit sieben Monaten englische Krankheit und Keuchhusten gehabt. Masern mit 6 Jahren. Kehlkopfkartarrh öfter, auch hustet sie öfter. Hätte von Kindheit an ein Blasenleiden, könne den Urin nicht halten. Sonst normal entwickelt. Das Kind sei von Anfang an sehr lebhaft gewesen, früher artig, friedliebend und gutmütig, seit ihrem fünften Jahre zänkisch, seit einem Jahre mache sie alles entzwei, was sie in die Hände bekäme. Besucht seit ihrem sechsten Lebensjahre die Volksschule in G. Anfänglich gut gelernt, ihre Leistungen hätten jedoch von Jahr zu Jahr nachgelassen. Seit einem halben Jahr hätte Patientin choreatische Zuckungen. Hätte angefangen, die Augen zu verdrehen, zuckende Bewegungen mit Händen und Füssen gemacht. Das Gesicht verzogen. Klagte viel über Kopf- und Leibschmerzen. Sei vor etwa acht Wochen hier poliklinisch behandelt worden. Appetit und Schlaf normal. Patientin hätte sich als zweijähriges Kind durch einen Fall die Nase verletzt, dieselbe sei bis heute noch nicht ordentlich geheilt.

Die Anamnese aus der oben erwähnten poliklinischen Behandlung ist am 14. November 1916 von der Tante gemacht worden und ergibt im wesentlichen die gleichen Einzelheiten. Neu ist nur die Angabe, dass Patientin im Jahre 1916 wegen „Nierenentzündung“ im hiesigen Heinrich-Hospital behandelt worden sei. Die von dort eingeforderte Krankengeschichte ergibt folgendes:

Frieda Fr . . . ., 10 Jahre alt.
Aufgenommen am 1. Februar 1916.
Entlassen am 21. März 1916.
Diagnose: Enuresis.

Krankengeschichte:

Anamnese:

früher englische Krankheit, Masern mit sechs Jahren, viel Rachen- und Lungenkartarrh. Bettnässen seit Geburt, seit einem Jahr Verschlechterung, jede Nacht, oft auch am Tage. Seit acht Tagen Kopfschmerzen. Seit einem Jahr oft Leibschmerzen und Uebelkeit. Stiche in der Seite.

Status präsens:

Mittelgrosses Kind, blasse Gesichtsfarbe, sehr unruhiges, ängstliches Wesen. Nase läuft. Rachenwand etwas gerötet.

Zunge: o. B.

Zähne: o. B.

Hals: beiderseits Drüsen, deutlich sicht- und fühlbar.

Pulmones: links oben: paravertebralbronchitische Geräusche. Keine Dämpfung, kein Bronchialatmen.

Cor.: Spitzenstoss etwas verbreitert.
Grenzen: normal.
Töne: rein.
Action: regelmässig.
Pericard: frei.

Abdomen: o. B.

Reflexe: gesteigert.

Pirquet: —.

Urin: Reaktion sauer.
Albumen: —
Sacharum:
Sedimentum:

Diagnose: Enuresis nocturna.

4. Februar.
Faradisieren der Blase, täglich vor dem Einschlafen Chloralhydrat.

10. Februar.
Patientin ist sechs Tage trocken gewesen. Allgemeinbefinden gut. Appetit gut.

15. Februar.
Heute nacht eingenässt.
Chloroformwattebausch.
Urin: o. B.
Temperatur: 37.

20. Februar.
Heute nacht wieder Bettnässe.
Elektrisieren.
Temperatur: 38,4.
Pharingitis.

21. Februar.
Temperatur etwas erhöht 37,9.
Eingenässt.
24. Februar.
Pirquet + Kreosotlebertran.
Patientin ist jede Nacht nass.
12. März.
Patientin war bisher trocken.
Temperatur: 37,8
Innere Organe: o. B.
Hals: o. B.
21. März.
Lungen: o. B.
Herz: Spitzenstoss etwas verbreitert.
Töne rein.
Action regelmässig.
Hals: o. B.
Abdomen: o. B.
Reflexe: lebhaft.
Patientin wird entlassen.

Der Status, der am 14. November 1916 in der hiesigen Nervenklinik erhoben wurde, lautet dann weiter:

Patientin ist mässig kräftig gebaut und befindet sich in gutem Ernährungszustande. Geringe choreatische Bewegungen im Gesicht, Schultern und Armen.
Schädel nicht druck- und klopfempfindlich.
Pupillen: untermittelweit, gleichweit, rund.
R./L.: +
R./C.: +
A. B.: frei.
VII.: symetrisch.
XII.: grade.
Gaumen: o. B.
Schleimhautreflex: +
Mechanische Muskelerregbarkeit erhöht.
Vasomotorisches Nachröten: +
Bauchdeckenreflex: +
Patellarreflex: + lebhaft.
Reflex: o. E.

Sprache: o. B.
Cor.: Herzdämpfung nicht vergrössert.
Erster Ton an der Spitze unrein.
Action: regelmässig, nicht beschleunigt.
Pupillen: o. B.

Der Status bei der Aufnahme in die hiesige Psychiatrische- und Nervenklinik am 26. Januar 1917 ergibt Patientin ist ruhig, klar, geordnet. Zeitlich und örtlich orientiert.

Sie gibt an, die Ehe der Eltern sei geschieden, weil der Vater so aufgeregt war und die Mutter schlug. Gegen sie (die Kinder) sei er immer gut gewesen. Mutter arbeite auf der Germaniawerft. Sie selbst sei 10 Jahre alt, habe noch eine Schwester von 9 Jahren. Sie selbst koche das Essen. Ihre Schwester necke sie immer, dann schimpfe sie sie aus und schlage sie auch mal. Sei so aufgeregt geworden. Aergere sich leicht. Habe Keuchhusten, Masern und englische Krankheit gehabt. Seit der Geburt leide sie nachts an Bettnässen, jetzt seltener. In der Schule lerne sie gut, bis auf das Rechnen, das falle ihr schwer. Sie sei in der 4. Klasse; sei noch nicht sitzen geblieben. Im Rechnen sei der Lehrer unzufrieden mit ihr. Komme jetzt in die Klinik, weil ihr die Hände zittern.

Grösse: 1,29 m.
Gewicht: 27,2 kg.
Grazil gebaut, leidlich gut genährt, ziemlich blass.
Schädel auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich.
Masse: 16,5 : 14 : 50,5 cm.
Pupillen: mittelweit, gleichweit, rund.
R./L.: +
R./C. +
A./B.: frei.
Nervus facialis: symetrisch.
Nervus hypoglossus: gerade.
Gaumen: etwas schmal.
Rachenreflex: +
Sprache: o. B.
Leichte choreatische Bewegungen im Gesicht, Schultern und Armen während der Unterhaltung und bei Verrichtungen (Anziehen usw.)

Reflexe: o. B.: +
Vasomotorisches Nachröten: +
Abdominalreflex: +
Patellarreflex: +
Achillessehnenreflex: +
Babinski: ⊙
Romberg: ⊙
Gang: o. B.
Innere Organe: o. B.
Urin: o. E.
o. Z.

27. Januar 1917.

Augenbefund von Professor Ol.
Pupillen beiderseits: o. B.

31. Januar 1917.

Wassermann im Blut negativ, laut Befund vom hygienischen Institut der hiesigen Universität.
Die Therapie besteht in täglichen warmen Bädern von 20 Minuten Dauer und in der Darreichung von:

Liqu. kal. arsenic. Tinct. ferri pomati.
3 mal 2 Tropfen täglich, steigend.

Das Allgemeinbefinden der Patientin ist weiterhin ein gutes; die choreatischen Zuckungen nehmen immer mehr an Intensität ab und schwinden schliesslich ganz. Auch das psychische Verhalten der Patientin ist ein anderes geworden, sie ist nicht mehr so launisch und reizbar, wie zu Beginn der Krankheit. Sie befolgt die ihr gegebenen Anweisungen. Ueberhaupt sieht man eine schnell fortschreitende Besserung in dem labilen Gemütszustand der Patientin vor sich gehen, sodass sie am 12. März 1917 von der Chorea als geheilt entlassen werden kann, während die Enuresis noch fortbesteht. Bemerkenswert ist noch, dass trotz des relativ langen Bestehens der choreatischen Zuckungen und ihrer recidivierenden Formen der Ausgang ein durchaus günstiger war.

So möchte ich am Schlusse dieser Arbeit auch an dieser Stelle meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geh. Med.-Rat Professor Dr. Siemerling für die gütige Ueberlassung dieser Fälle meinen verbindlichsten Dank sagen.

Literatur.

1. Eulenburg: Realencyclopädie.
2. Strümpell: Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie.
3. v. Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie.
4. Köppen: Archiv für Psychiatrie. Band XIX.
5. v. Ziemssen: Pathologie und Therapie.
6. Curschmann: Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
7. P. Gerhards: Ueber psychische Störungen bei Chorea minor. Dissert. 1904.
8. A. Schubert: Ueber psychische Störungen bei Chorea minor. Dissert. 1913.
9. Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. Jena 1911.
10. Bonnhoeffer: Handbuch der Psychiatrie. „Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionskrankheiten und inneren Krankheiten. Erkrankungen."
11. Kraepin. Psychiatrie. Band I.

Lebenslauf.

Ich, Friedrich Teudeloff, evangelischer Konfession, wurde am 21. Dezember 1888 in Harburg-Elbe geboren, besuchte das dortige Realgymnasium und bestand am 12. September 1907 das Abiturientenexamen. Ich studierte in Göttingen 5 Semester Medizin und bestand dort am 26. Februar 1910 die ärztliche Vorprüfung. Nach je einem Semester in Heidelberg und Berlin bezog ich im Sommer-Semester 1911 die Universität in Kiel, wo ich am 6. August 1913 das medizinische Staatsexamen bestand. Nach Ableistung meines Medizinalpraktikantenjahres am Städtischen Krankenhause in Harburg-Elbe erhielt ich am 28. August 1914 meine Approbation als Arzt.